

Rio de Janeiro, 02 de Setembro de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190505518 Vítima: NATANAEL LIMA DE BRITO

Data do Acidente: 19/03/2019 Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ALEXANDRA CESAR DUARTE

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), NATANAEL LIMA DE BRITO

O(s) documento(s) abaixo não permitiu(ram) o atendimento ao seu pedido do Seguro DPVAT:

Comprovante de residência	Apresentar a cópia simples do comprovante de residência emitido nos últimos 180 dias, pois o entregue está desatualizado.
Documentos de identificação	Apresentar a cópia simples da carteira de identidade (RG) da vítima ou, se não possuir, da certidão de nascimento, da certidão de casamento atualizada, da Carteira de Trabalho e Previdência Social - CTPS ou da Carteira Nacional de Habilitação - CNH, pois a entregue não permite a leitura das informações.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,
Seguradora Líder-DPVAT
Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 06 de Outubro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190505518

Vítima: NATANAEL LIMA DE BRITO

Data do Acidente: 19/03/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ALEXANDRA CESAR DUARTE

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), NATANAEL LIMA DE BRITO

Informamos que o pagamento da indenização o Seguro DPVAT foi efetuado de acordo com as informações abaixo:

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 2.362,50

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos membros inferiores 70%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 70%) 17,50%

Valor a indenizar: 17,50% x 13.500,00 = R\$ 2.362,50

Recebedor: **NATANAEL LIMA DE BRITO**

Valor: **R\$ 2.362,50**

Banco: **104**

Agência: **000001033**

Conta: **0000033112-5**

Tipo: **CONTA POUPANÇA**

NOTA: O percentual final indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, e é aplicado sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente que é de R\$ 13.500,00.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, retorne ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

Quer retornar ao mercado de trabalho? Faça parte do Recomeço, programa da Seguradora Líder para beneficiários do Seguro DPVAT. Cadastre seu currículo e confira vagas de emprego em:

www.seguradoralider.com.br/recomeco.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 02 de Setembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190505518

Vítima: NATANAEL LIMA DE BRITO

Data do Acidente: 19/03/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ALEXANDRA CESAR DUARTE

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), NATANAEL LIMA DE BRITO

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

Para cobertura de Invalidez Permanente, o valor indenizável é de até R\$13.500,00 (treze mil e quinhentos reais). A indenização é estabelecida de acordo com o grau da lesão permanente sofrida pela vítima, com base na tabela estabelecida na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo para análise do pedido de indenização é de **até 30 (trinta) dias, contatos a partir do recebimento de toda a documentação necessária pela seguradora.**

Caso sejam necessários documentos e/ou informações complementares, o prazo de 30 (trinta) dias será interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber toda documentação adicional solicitada.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

1 - Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☐ DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

2 - TP do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 090.032.304-39 4 - Nome completo da vítima: Katamel Lima de Brito

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012

5 - Nome completo: Katamel Lima de Brito 6 - CPF: 090.032.304-39
7 - Profissão: Recusado 8 - Endereço: Rua Marta Pacheco 9 - Número: 8 10 - Complemento:
11 - Bairro: Coutzeiro 12 - Cidade: João Pessoa 13 - Estado: PB 14 - CEP: 58088-520
15 - E-mail: 16 - Tel.(DDD): (83) 986634900

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal: 18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: ☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.000,00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) ☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) Nome do BANCO: _____
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)
AGÊNCIA: 1033 CONTA: 33112 AGÊNCIA: CONTA:
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

22 - DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

- ☐ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
☒ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICO BENEFICIÁRIO - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:
25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:
28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte aqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34

35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido

36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido

37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido

38 - 1ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, João Pessoa - PB 29/08/19

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA

Nº 09348.01.2019.1.00.401

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 09348.01.2019.1.00.401, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 10:02 horas do dia 16 de agosto de 2019, na cidade de João Pessoa, no estado da Paraíba, e nesta Central de Polícia Civil de João Pessoa - Setor de Boletim de Ocorrência, sob responsabilidade do(a) Delegado(a) de Polícia Civil Roberta Gouvêa Neiva, matrícula 1560913, e lavrado por Cristiano Cruz Cordula, Agente de Investigação, matrícula 1565699, ao final assinado, compareceu **Natanael Lima de Brito**, CPF nº 090.032.304-39, RG nº 3360877 SSP/PB, nacionalidade brasileira, estado civil solteiro(a), identidade de gênero masculino, profissão Motoboy, filho(a) de Sebastiana Maria de Lima e Ozanan do Nascimento Brito, natural de João Pessoa/PB, nascido(a) em 18/07/1989 (30 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Avenida Marta Pacheco, Nº 353, complemento CASA, bairro Oitizeiro, tendo como ponto de referência Próximo Ao Colégio João Santa Cruz, na cidade de João Pessoa/PB, telefone(s) para contato (83) 98730-6591.

Dados do(s) Fatos:

Local: Rua Professor José Hermes, Próximo À Farmácia Francy, João Pessoa/PB, bairro Costa e Silva; Tipo do Local: via/local de acesso público (rua, praça, etc); Data/Hora: 19/03/19 22:30h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) **LEI 9.503/97 ART. 303 § 1º: LESÃO CORPORAL NO TRÂNSITO.**

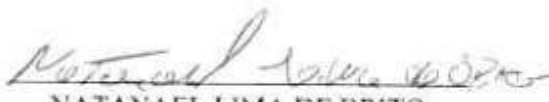
E NOTIFICOU O SEGUINTE:

QUE, segundo o declarante no dia 19/03/2019 por volta das 22:30 horas quando transitava, pela Rua Professor José Hermes, bairro do Costa e Silva, João Pessoa-PB; com o veículo tipo HONDA/NXR 160 BROS ESDD ano: 2015/2015, de cor preta de placa: QFY6113/PB CHASSI: 9C2KD0810FR429683 pertencente ao Sr. Napoleão de Lima Ribeiro; Que segundo o mesmo vinha pilotando normalmente a moto quando se distraiu, ao falar com o carona, vindo a colidir com um veículo não indentificado que estava parado sem sinalizar na via, Que devido ao fato o declarante veio a cair ao solo e se lesionar sendo socorrido pelo pelo SAMU ao COMPLEXO HOSPITALAR MANGABEIRA GOVERNADOR TARCÍSIO BURITY onde foi diagnosticado, de acordo com a CERTIDÃO de nº 1149/2019, FRATURA EXPOSTA DE TÍBIA DIREITO, conforme LAUDO MÉDICO assinado pela Dra. CHRISTINE MARIA BATISTA DE BRITO LYRA CRM 3137/PB.

Sendo o que havia a constar, cientificado(a) o(a) declarante das implicações legais contidas no Artigo 299 do Código Penal Brasileiro, depois de lida e achada conforme, excepo a presente Certidão. A referida é verdade. Dou fê.

João Pessoa/PB, 16 de agosto de 2019.


CRISTIANO CRUZ CORDULA
Agente de Investigação


NATANAEL LIMA DE BRITO
Noticiante



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

1 - Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☐ DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

2 - TP do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 090.032.304-39 4 - Nome completo da vítima: Katamel Lima de Brito

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012

5 - Nome completo: Katamel Lima de Brito 6 - CPF: 090.032.304-39
7 - Profissão: Recusado 8 - Endereço: Rua Maria Pacheco 9 - Número: 8 10 - Complemento:
11 - Bairro: Coutzeiro 12 - Cidade: João Pessoa 13 - Estado: PB 14 - CEP: 58088-520
15 - E-mail: 16 - Tel.(DDD): (83) 986634900

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal: 18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: ☒ RECURSO INFORMAR ☐ R\$1.000,00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) ☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) Nome do BANCO: _____
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)
AGÊNCIA: 1033 CONTA: 33112 AGÊNCIA: CONTA:
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

22 - DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

- ☐ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
☒ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICO BENEFICIÁRIO - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:
25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:
28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte aqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34

35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido

36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido

37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido

38 - 1ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, João Pessoa - PB 29/08/19

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

PREF: A MUNICIPAL DE JOAO PESSOA
COMPL: HOI ITALAR MANGABEIRA GOV. TARCISIO BURITY
RUA: AGENTE FISC. JOSE COSTA DUARTE S/N
58056-384 JOAO PESSOA Fone: (83) 3214-1980
FAX: () - CNPJ:

Ficha Nr: 214586 Atd: Nao Regulado
Data: 19/03/2019
Hora: 23:52:43
Recepcionista: GABRIELA DA COSTA SERRA
Clinica: ORTOPEDIA

DADOS DO PACIENTE

Nome: NATANAEL LIMA DE BRITO
CNS: SEM CNS Sexo: M SEM DOCUMENTO: SD Fone: 996757936
Natural: JOAO PESSOA/PB Data Nasc.: 18/07/1989 Id: 29 ano(s)
End.: AVENIDA MARTA PACHECO, 08
Bairro: OITIZEIRO Cidade: JOAO PESSOA UF: PB
Mae: SEBASTIANA MARIA DE LIMA Pai: OZANAN DO NASCIMENTO BRITO
Raca: SEM INFORMACAO Etnia: SEM INFORMACAO
Ocupação: Estado Civil: NAO INFORMADO
INFORMACOES DE ENTRADA Escolaridade:
Resp.: NATANAEL LIMA DE BRITO
Tel/Doc. Responsavel: 996757936 / SEM DOCUMENTO: SD
P. edencia: RUA

Transporte utilizado: SAMU
Vitima de acidente por: COLISAO MOTOXMOTO
Vitima de violencia por: NAO
☐ Caso Policial

PRE-CONSULTA

Tipo de Classificação de Risco:

PA: FR:
EC: TP:
Peso: Altura:
Glicemia: IMC:
Circ. Abd: O2%:

Q.ixa Principal

CONDICOES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

☐ Aparentemente Bem ☐ Grave
☐ Politraumatizado ☐ Convulsao
☐ Hemorragia ☐ Dispineia
☐ Diarreia ☐ Agitado
☐ Regular ☐ Chocado
☐ Vomito
Observacao

Historia - Exame Fisico - (hora do atendimento medico)

Diagnostico

Conduta

Prescricao

Horario da medicacao



Data e Hora | PRESCRIÇÃO (assinatura e carimbo)

ANOTAÇÕES DA ENFERMAGEM

Qtde	Medicamentos	Dose	Horario	Evolução

Reservado p/ liberacao

Assinatura da Enfermagem

PROCEDIMENTO REALIZADO

DESTINO DO PACIENTE

- | | | | |
|--|--------------------------------------|--|---|
| ☐ Residencia | ☐ Transferido | ☐ Desistencia | ☐ UTI |
| ☐ Alta a pedido | ☐ Enfermaria | Obito: ☐ Atestado | ☐ SVO ☐ IML |

Assinatura do Paciente/Responsavel

Assinatura e Carimbo do Medico

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

CLIENTE: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A

BANCO: 001 AGÊNCIA: 1769-8 CONTA: 000000611000-2

DATA DA TRANSFERENCIA: 01/10/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.362,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: NATANAEL LIMA DE BRITO

BANCO: 104

AGÊNCIA: 01033

CONTA: 000000033112-5

Nr. da Autenticação 2637876755038920

SEBASTIANA MARIA LIMA DA SILVA
AV MARTA RACHCO, 87 C - PT ZEBRO
JOAO PESSOA / PB CEP: 53028-520 (AG. 1)

Emissão: 29/01/2019 Referência: Jan / 2019
Classe/Subds: RESIDENCIAL / BAIXA TENSÃO MONOFÁSICA
Retiro: 18 - 2 - 813 - 5860 Nº medidor: 09001271289

Energisa

ENERGISA / ATUAÇÃO DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S.A.
Km 25 - Quilômetro Rodoviário - João Pessoa / PB - CEP 53071-520
CNPJ 08.085.132/0001-40 Insc. Est. 16.045.223.0

Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica Nº 15392323
Cód. para Débito Automático: 0000277189

Atendimento ao Cliente: 0800 085 085

Conta referente a

Jan / 2019

Apresentação

29/01/2019

Data de vencimento

27/02/2019

840.942.814-87

Insc. Est.

UC (Unidade Consumidora):

6/52771339

Canal de contato

• Informamos a não efetuação da leitura por impedimento de acesso a sua unidade, resultando no faturamento pela média. Eventual diferença será compensada no próximo faturamento. Reafirmamos a necessidade de desimpedir o acesso ao local da medição. Persistindo o impedimento o fornecimento poderá ser suspenso após três dias da apresentação desta fatura (Art. 171 Res 411 ANEEL).
• Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE foi criada pela Lei nº 13.438, de 28 de abril de 2002.
Quer reduzir a conta de luz? Adote hábitos conscientes: não deixe o chuveiro ligado sem necessidade, lave e passe o ferro com moderação.

29 ABO. 2019



ENERGIA PARA BA - INSTITUIÇÃO DE ENERGIA DA

BR-230, Km 38 - Centro Administrativo - João Pessoa (PB) - CEP 53011-400
E-mail: TPA@UFRN.br; TPA@Globo.com

Reference: April 2018

Erreased: 20/09/2013

More Exact Checks on Foreign Banks

Call para Dto. Automédica: 00913210000

252.262.244-04

Junte-se ao MOVIMENTO VACINA BRASIL. Saiba mais em
saude.gov.br/vacinasbrasil

CD. Código de Classificação de Item	TOTAL	136,62	137,10	32,77	137,10	1,42	8,54
Tarifa e Tributos	8.571.770						

R\$ 138.62

#	1	0	0	0	0	0	7	10	13	6	7	
Apr16	Sep16	Oct16	Nov16	Dec16	Jan17	Feb17	Mar17	Apr17	May17	Jun17	Jul17	

bd78.562d.cc0a.0925.1edc.4ecc.272f.f955

Valores EU-SD (Ref. 6/2019) (R50/07)

- Lettura confermata

BANCO DO BRASIL PAGAR PREFERENCIALMENTE NO BANCO DO BRASIL

00190 00009 03150 244006 00229 271176 9 79940000013862

PAGADOR: CELENO DOMINGOS DA SILVA - CPF: 082.138.314-2

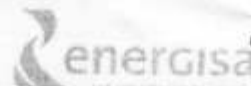
RUA AGENTE JOSÉ COSTA DUARTE, 141 / SALA 02 - MANGABEIRA - JOÃO PESSOA / PB CEP 58055-000

Nazio IV

Mr. Thompson:

1999, 2000, 2001, 2002, 2003, 2004, 2005, 2006, 2007, 2008, 2009, 2010, 2011, 2012, 2013, 2014, 2015, 2016, 2017, 2018, 2019, 2020, 2021, 2022, 2023, 2024, 2025, 2026, 2027, 2028, 2029, 2030, 2031, 2032, 2033, 2034, 2035, 2036, 2037, 2038, 2039, 2040, 2041, 2042, 2043, 2044, 2045, 2046, 2047, 2048, 2049, 2050, 2051, 2052, 2053, 2054, 2055, 2056, 2057, 2058, 2059, 2060, 2061, 2062, 2063, 2064, 2065, 2066, 2067, 2068, 2069, 2070, 2071, 2072, 2073, 2074, 2075, 2076, 2077, 2078, 2079, 2080, 2081, 2082, 2083, 2084, 2085, 2086, 2087, 2088, 2089, 2090, 2091, 2092, 2093, 2094, 2095, 2096, 2097, 2098, 2099, 2100, 2101, 2102, 2103, 2104, 2105, 2106, 2107, 2108, 2109, 2110, 2111, 2112, 2113, 2114, 2115, 2116, 2117, 2118, 2119, 2120, 2121, 2122, 2123, 2124, 2125, 2126, 2127, 2128, 2129, 2130, 2131, 2132, 2133, 2134, 2135, 2136, 2137, 2138, 2139, 2140, 2141, 2142, 2143, 2144, 2145, 2146, 2147, 2148, 2149, 2150, 2151, 2152, 2153, 2154, 2155, 2156, 2157, 2158, 2159, 2160, 2161, 2162, 2163, 2164, 2165, 2166, 2167, 2168, 2169, 2170, 2171, 2172, 2173, 2174, 2175, 2176, 2177, 2178, 2179, 2180, 2181, 2182, 2183, 2184, 2185, 2186, 2187, 2188, 2189, 2190, 2191, 2192, 2193, 2194, 2195, 2196, 2197, 2198, 2199, 2200, 2201, 2202, 2203, 2204, 2205, 2206, 2207, 2208, 2209, 2210, 2211, 2212, 2213, 2214, 2215, 2216, 2217, 2218, 2219, 2220, 2221, 2222, 2223, 2224, 2225, 2226, 2227, 2228, 2229, 2230, 2231, 2232, 2233, 2234, 2235, 2236, 2237, 2238, 2239, 2240, 2241, 2242, 2243, 2244, 2245, 2246, 2247, 2248, 2249, 2250, 2251, 2252, 2253, 2254, 2255, 2256, 2257, 2258, 2259, 2260, 2261, 2262, 2263, 2264, 2265, 2266, 2267, 2268, 2269, 2270, 2271, 2272, 2273, 2274, 2275, 2276, 2277, 2278, 2279, 2280, 2281, 2282, 2283, 2284, 2285, 2286, 2287, 2288, 2289, 2290, 2291, 2292, 2293, 2294, 2295, 2296, 2297, 2298, 2299, 2300, 2301, 2302, 2303, 2304, 2305, 2306, 2307, 2308, 2309, 2310, 2311, 2312, 2313, 2314, 2315, 2316, 2317, 2318, 2319, 2320, 2321, 2322, 2323, 2324, 2325, 2326, 2327, 2328, 2329, 2330, 2331, 2332, 2333, 2334, 2335, 2336, 2337, 2338, 2339, 2340, 2341, 2342, 2343, 2344, 2345, 2346, 2347, 2348, 2349, 2350, 2351, 2352, 2353, 2354, 2355, 2356, 2357, 2358, 2359, 2360, 2361, 2362, 2363, 2364, 2365, 2366, 2367, 2368, 2369, 2370, 2371, 2372, 2373, 2374, 2375, 2376, 2377, 2378, 2379, 2380, 2381, 2382, 2383, 2384, 2385, 2386, 2387, 2388, 2389, 2390, 2391, 2392, 2393, 2394, 2395, 2396, 2397, 2398, 2399, 2400, 2401, 2402, 2403, 2404, 2405, 2406, 2407, 2408, 2409, 2410, 2411, 2412, 2413, 2414, 2415, 2416, 2417, 2418, 2419, 2420, 2421, 2422, 2423, 2424, 2425, 2426, 2427, 2428, 2429, 2430, 2431, 2432, 2433, 2434, 2435, 2436, 2437, 2438, 2439, 2440, 2441, 2442, 2443, 2444, 2445, 2446, 2447, 2448, 2449, 2450, 2451, 2452, 2453, 2454, 2455, 2456, 2457, 2458, 2459, 2460, 2461, 2462, 2463, 2464, 2465, 2466, 2467, 2468, 2469, 2470, 2471, 2472, 2473, 2474, 2475, 2476, 2477, 2478, 2479, 2480, 2481, 2482, 2483, 2484, 2485, 2486, 2487, 2488, 2489, 2490, 2491, 2492, 2493, 2494, 2495, 2496, 2497, 2498, 2499, 2500, 2501, 2502, 2503, 2504, 2505, 2506, 2507, 2508, 2509, 2510, 2511, 2512, 2513, 2514, 2515, 2516, 2517, 2518, 2519, 2520, 2521, 2522, 2523, 2524, 2525, 2526, 2527, 2528, 2529, 2530, 2531, 2532, 2533, 2534, 2535, 2536, 2537, 2538, 2539, 2540, 2541, 2542, 2543, 2544, 2545, 2546, 2547, 2548, 2549, 2550, 2551, 2552, 2553, 2554, 2555, 2556, 2557, 2558, 2559, 2560, 2561, 2562, 2563, 2564, 2565, 2566, 2567, 2568, 2569, 2570, 2571, 2572, 2573, 2574, 2575, 2576, 2577, 2578, 2579, 2580, 2581, 2582, 2583, 2584, 2585, 2586, 2587, 2588, 2589, 2590, 2591, 2592, 2593, 2594, 2595, 2596, 2597, 2598, 2599, 2600, 2601, 2602, 2603, 2604, 2605, 2606, 2607, 2608, 2609, 2610, 2611, 2612, 2613, 2614, 2615, 2616, 2617, 2618, 2619, 2620, 2621, 2622, 2623, 2624, 2625, 2626, 2627, 2628, 2629, 2630, 2631, 2632, 2633, 2634, 2635, 2636, 2637, 2638, 2639, 2640, 2641, 2642, 2643, 2644, 2645, 2646, 2647, 2648, 2649, 2650, 2651, 2652, 2653, 2654, 2655, 2656, 2657, 2658, 2659, 2660, 2661, 2662, 2663, 2664, 2665, 2666, 2667, 2668, 2669, 2670, 2671, 2672, 2673, 2674, 2675, 2676, 2677, 2678, 2679, 2680, 26

BOLETO PARA PAGAMENTO



ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
Rr 230, Km 25 - Cristo Redentor - João Pessoa / PB - CEP 54071-680
CNPJ 09.095.153/0001-40 - Ins. Est. 15.015.529-6

Documento com valor fiscal
Documento com a segurança da conta
Bônus para primeiro pagamento do novo Sistema de crédito automático - N° 030.342-104

DADOS DO CLIENTE
SEBASTIANA MARIA LIMA DA SILVA
AV MARTA PACHECO 8 C
JOÃO PESSOA

CDC - CÓDIGO DO CONSUMIDOR

5/527719-9

REFERÊNCIA	APRESENTAÇÃO	CONSUMO	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
AGO/2019	29/08/2019	121	05/09/2019	R\$ 129,82

Acesso: www.energisa.com.br

BANCO DO BRASIL PAGAR PREFERENCIALMENTE NO BANCO DO BRASIL				
CONTA PAGA - Data de Pagamento: 02/09/2019				
Pagador: SEBASTIANA MARIA LIMA DA SILVA CNPJ/CPF: 840.942.814-87				
AV MARTA PACHECO 8 C - OITIZEIRO - JOÃO PESSOA / PB - CEP 00000-000				
Nosso Número	Nr Documento	Data Vencimento	Valor do Documento	Valor Pago
05502440000551843	000527719201908	05/09/2019	R\$ 129,82	
BENEFICIÁRIO: ENERGISA PARAIBA DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A				09.095.153/0001-40
BR230 KM 25, S N - - CRISTO REDENTOR - JOÃO PESSOA / PB - CEP 55071-680				
Agência / Código do Beneficiário: 3064-3/2447-3				



Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradoralider.com.br ou entre em contato através de um dos números abaixo:

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)

Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 89 | SAC (para deficiências auditivas e de fala): 0800 022 12 06 | Central Ouvidoria: 0800 021 91 35

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

O preenchimento deste Formulário é parte integrante do processo de liquidação do sinistro, conforme estabelece a Circular número 445/12, disponível no endereço eletrônico:

<http://www2.susep.gov.br/BIBLIOTECASWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=25636>

A Circular SUSEP nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de profissão e renda, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAF².

¹ SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS - SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RESSEGURO. ² CONSELHO DE CONTROLE DE ATIVIDADES FINANCEIRAS - COAF, ÓRGÃO INTEGRANTE DA ESTRUTURA DO MINISTÉRIO DA FAZENDA, TEM POR FINALIDADE DISCIPLINAR, APLICAR PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILÍCITAS PREVISTAS NA LEI Nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu Alexandrina Cesar Duarte

Inscrito (a) no CPF/CNPJ 046.502.754 / 74, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

Natanael Lima de Brito Inscrito (a) no CPF sob o Nº 090.032.504 / 39

do sinistro de DPVAT cobertura Invalidez na Vítima Natanael Lima de Brito

Inscrito (a) no CPF sob o Nº 090.032.504 / 39, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

Declaro Profissão: _____ Renda: _____ e apresento os documentos comprobatórios:

☒ Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Lider-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado. Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço: <u>Rua Agente Fiscal Pr. 6. Duarte</u>	Número: <u>157</u>	Complemento: _____
Bairro: <u>Trangabeira</u>	Cidade: <u>João Pessoa</u>	Estado: <u>PB</u>
CEP: <u>58056-384</u>		Tel (DDD): <u>(83) 98663-4900</u>

Local e Data: João Pessoa - PB 29/08/2019

Alexandrina Cesar Duarte
Assinatura do Declarante

Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, NATANAEL DE LIMA RIBEIRO,
RG nº 1726084, data de expedição 15/06/17,
Órgão SSP/PB, portador do CPF nº 734.777.354-1 com
domicílio na cidade de JOÃO PESSOA, no Estado de
PARAÍBA, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
de Centenário, nº 1068,
complemento _____, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a
vítima NATANAEL LIMA DE RIBEIRO cujo o condutor era
NATANAEL LIMA DE RIBEIRO.

Veículo: MOTO
Modelo: PR09
Ano: 2018
Placa: OPY-6113
Chassi: 9-CZKP0010FR429683
Data do Acidente: 19-03-19
Local e Data: João Pessoa, 19-03-19


Natanael de Lima Ribeiro
Assinatura do Declarante

Assinatura do Condutor (caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro)

 **CARTÓRIO CELEIDA**
1º SERVIÇO NOTARIAL DISTRITAL
COMARCA DA CAPITAL
RUA JOSEF KUBITSCHEK, S/Nº - PRÉDIO SÉCULO - CEP 50075-400 - JOÃO PESSOA - PARAÍBA - TEL/FAX: (31) 3011-4075
Reconheço: Por Autenticidade a firma de NATANAEL DE LIMA
RIBEIRO, [125633], J. Pessoa-PB, 19/08/2019 16:21:00 Emol
R\$9,91 Farpem:R\$0,29 Fepj:R\$1,98, ISS:R\$0,50. Em test da
verdade, Tabela CELEIDA COSMO PEREIRA SILVA, Selo
Digital AJA22794-72M Consulte em
<https://solodigital.finh.br>



CERTIDÃO

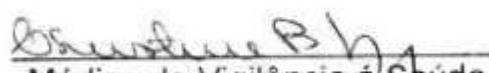
Nº. 1149/2019

Atendendo solicitação de MARIA CINTHIA GRILO DA SILVA e acordo com buscas procedidas no Serviço de Arquivo Médico e Estatística – SAME do Complexo Hospitalar Mangabeira Governador Tarcísio Buritty, certifico a constatação de Ficha Ambulatorial Nº214586 e Prontuário Nº 2019.03.2281 pertencentes ao paciente **NATANAEL LIMA DE BRITO** requerente que foi atendido dia 19/03/2019 às 23h52min, vítima de colisão de moto x moto, apresentando trauma em membro inferior direito.

Submetido a avaliação médica e exame de imagem que evidenciou fratura exposta de tibia direito. Realizado procedimento cirúrgico dia 20/03/2019 e 02/04/2019. Com alta médica dia 03/04/2019.

E para constar eu, Christine Maria Batista de Brito Lyra, Médica da Vigilância à saúde, dato e assino a presente certidão.

João Pessoa, 18 de julho de 2019


Médica da Vigilância à Saúde
CRM/PB 3137



RELATÓRIO DE CIRURGIA

Nome: <u>Noturnalissimo de Sít</u>				Registro:	
Idade:	Sexo: <u>Masculino</u>	Cor:	Clínica: <u>gastroenterol</u>	EMP:	LR:
Data: <u>20.03.19</u>	Cirurgião: <u>Dr. Vitoriano</u>			1º Assistente: <u>Dr. C. M. (L3)</u>	
2º Assistente:		3º Assistente:		Instrumentador:	
Anestesista:		Tipo Anestesia:		Horário: I:	T:
DIAGNÓSTICO (S) PRÉ-OPERATÓRIO					CID
<u>Fratura e fratura simples com (D)</u>					
DIAGNÓSTICO (S) PÓS-OPERATÓRIO					CID
<u>sem alteração</u>					
PROCEDIMENTO (S) CIRÚRGICO (S)					CÓDIGO
<u>inc + fratura simples</u>					
Acidente durante Ato Cirúrgico			Descreva:		
1 () Sim					
2 (X) Não					
Biópsia de Congelação:					
1 () Sim					
2 (X) Não					
Encaminhamento do Paciente após Ato Cirúrgico:					
1 (X) Enfermaria 2 () Terapia Intensiva 3 () Residência 4 () Óbito durante o Ato Cirúrgico					

DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

Posição e Preparo:

Posição em decúbito dorsal
Laparotomia alta a esquerda
a região + pontos
aplicar cangas cingit

Incisão:

Achados:

Conduta:

Realizar laparoscopia
Anestesia de base 0,5%
- Dele o conteúdo do cistão
Anestesia de fixação cistão
- (cistão) (S)
- curativos
- R x controlado

Fechamento:

OBS:

Data: 20/03/19

Dr. Lucas P. Bessa Neto
Médico Residente
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PB 11862
MÉDICO/CRM

DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

Posição e Preparo:

deitado e fixado
externo.

Incisão:

curva

Achados:

limpa e sem
9 de ferida de 2x2 cm

Conduta:

Fechamento:

OBS:

Data: 21/4/19

Dr. Roberto A. Santos
CRM - Traumatologia
P8 1535
MÉDICO/CRM



QUANTIDADE ACIL - BRASILEIRO

NATANAEL LIMA DE BRITO

RELACAO: OZANAMIO NASCIMENTO DE JESUS
SEBASTIANA MARIA DE LIMA
NASCIMENTO: 15/07/1989 SEXO: MASCULINO
ESTADO CIVIL: SOLTEIRO
NATURALIDADE: JOAO PESSOA - PB
DOCUMENTO: C.N. 3497.114.4 FLS 194M 194M1285 11 CARTORIO 1A
REGISTRO CIVIL: JOAO PESSOA - PB
LEI Nº 9.048, DE 18 DE MAIO DE 1995
CPF: 090.042.304-39 CNM: 044301R0517
TIT. ELEITOR: SECAO: ZONA:
LOCAL/DATA DE EMISSAO: SRTE/PB 10/04/2014

COMPREV
COMPREV PREVIDENCIA S/A
29 AGO. 2019
PROTOCOLO
AG. JOAO PESSOA



MINISTÉRIO DO TRABALHO
E EMPREGO

CARTEIRA DE TRABALHO E PREVIDÊNCIA SOCIAL

DTN PSELE
166.45800,38-9

6797157 0040 PB

Notem para os dados



COMPREV PREVIDÊNCIA S/A
29 AGO. 2019
PROTOCOLO
AG. JOAO PESSOA

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL	
MINISTÉRIO DAS CIDADES	
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÁNSITO	
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITACÃO	
NOME: ALEXANDRA CESAR DUARTE	
	DOC. IDENTIDADE / CNH / PASSAPORTE Nº: 2627718 SRP: V0
	CH: 046.502.754-74 DATA NASCIMENTO: 21/08/1982
	NACIONALIDADE: ALEXANDRE DE ARAUJO DUARTE MARCIA CESAR DUARTE
	PERMISSÃO: REC: CATEG: 5
CPF: 01851249660	VALIDADEZ: 16/01/2019 1ª EMISSÃO: 29/06/2001
 ASSINATURA DO PARTICIPANTE	
LOCAL: JOAO PESSOA, PB	DATA EMISSÃO: 17/01/2014
 ASSINATURA DO EMISSOR	
DETRAN - PB (JOÃO PESSOA)	

VÁLIDA EM TODOS
OS TERRITÓRIOS NACIONAIS
894056231

PROBIBO PLACAR
894056231

COMPETÊNCIA: 29 AGO. 2019

MINISTÉRIO DO TRABALHO
E EMPREGO

CARTEIRA DE TRABALHO E PREVIDÊNCIA SOCIAL

PIS/PASEP 165.45905.98-9

6797157

0040

PB

Ademir J. Silva

ASSINATURA DO TITULAR



COMPREV
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A
19 SET. 2019
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA



CPF - 090.032.304-39

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190505518 **Cidade:** João Pessoa **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: NATANAEL LIMA DE BRITO **Data do acidente:** 19/03/2019 **Seguradora:** Companhia de Seguros Previdência do Sul

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 26/09/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA DE TÍBIA DIREITA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (FIXADOR EXTERNO)(PAG.04)

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DO MEMBRO INFERIOR DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL LEVE DE MEMBRO INFERIOR DIREITO.

**Documentos
complementares:**

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190505518 **Cidade:** João Pessoa **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: NATANAEL LIMA DE BRITO **Data do acidente:** 19/03/2019 **Seguradora:** Companhia de Seguros Previdência do Sul

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 26/09/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA DE TÍBIA DIREITA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (FIXADOR EXTERNO)(PAG.04)

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DO MEMBRO INFERIOR DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL LEVE DE MEMBRO INFERIOR DIREITO.

Documentos complementares:

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50

PROCURAÇÃO

Outorgante: Natanael Lima de Brito, brasileiro(a), estado civil casado, profissão motorista, residente e domiciliado à Rua Av. Santa Rachel, nº 8 C, bairro Orizéio, Município de João Pessoa, Estado de (o) PB, Cep: 58088-520, portador(a) do Rg nº 3360877, SSP/ PB e CPF nº 090.032.304-39

Outorgado: Alexandra Cruz Duarte, brasileiro(a), estado civil casada, profissão advogada, residente e domiciliado(a) à Rua Alameda Fiscal do G. O. Duarte, nº 157, bairro Monte Castelo, Município de João Pessoa, Estado de (o) PB, Cep: 58056-384, portador (a) do RG nº 2627713, SSP/ PB e CPF nº 046.502.754-74

Por este instrumento particular de procuração, o (a) outorgante nomeia e constitui o(a) outorgado(a) seu bastante procurador(a), para o fim especial de requerer junto à qualquer seguradora integrante do Consórcio Seguro DPVAT, o pagamento do sinistro, que vitimou em acidente de trânsito o(a) Sr.(a) Natanael Lima de Brito, ocorrido em 19/03/19, conforme registrado pelo B.O. anexo ao processo. Processo de natureza invalidez.

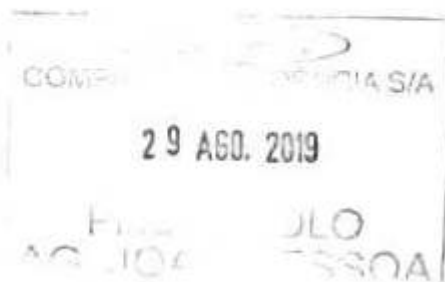
Podendo dito(a) procurador(a), representar o(a) outorgante como se o(a) próprio(a) fosse, podendo requerer, assinar recibos, assinar Declarações de endereço, assinar Autorização de Pagamento/Crédito de Indenização de Sinistro DPVAT, para o pagamento de quitação da Indenização de Sinistro DPVAT, enfim requerer e assinar todos os papéis e documentos que forem precisos e praticar todos os demais atos necessários para o mais amplo e fiel cumprimento do presente mandato.

João Pessoa, 18 de agosto de 2019.



Natanael Lima de Brito
Outorgante
CPF Nº 090.032.304-39

Obs.: Reconhecer firma em cartório por autenticidade ou verdadeira



CARTÓRIO CELEIDA
1º SERVIÇO NOTARIAL DISTRITAL
COMARCA DA CAPITAL
RUA JOSÉ LUIZ RIBEIRO, S/Nº - CENTRO DENIL - CEP 58055-400 - JOÃO PESSOA - PARAIBA - TELEFAX (35) 3211-4078
Reconheço Por Autenticidade a firma de NATANAEL LIMA DE BRITO, [125634], J. Pessoa-PB, 19/08/2019 16:20:25 Emol R\$9.91 Farpens:R\$0.29 Fepi:R\$1.98, ISS:R\$0.50. Em test da verdade. Tabela CELEIDA COMO FEEIRA SILVA Selo Digital ANA22793-ESPA Consulte em <https://celedigital.tnk.iss.br>